

平成27年6月29日裁決

## 主文

後記「理由」欄第2の2記載の原処分を取り消す。

## 理由

### 第1 再審査請求の趣旨

再審査請求人(以下「請求人」という。)の再審査請求の趣旨は、国民年金法(以下「国年法」という。)による障害基礎年金及び厚生年金保険法(以下「厚年法」という。)による障害厚生年金(以下、併せて「障害給付」という。)の支給を求めるとのことである。

### 第2 再審査請求の経過

- 1 請求人は、初診日を平成〇年〇月〇日と主張する慢性疲労症候群(以下「当該傷病」という。)により障害の状態にあるとして、平成〇年〇月〇日(受付)、厚生労働大臣に対し、いわゆる事後重症による請求として障害給付の裁定を請求した(以下「本件裁定請求」という。)
- 2 厚生労働大臣は、平成〇年〇月〇日付で、請求人に対し、障害厚生年金を受給するためには、傷病の初診日が厚生年金保険の被保険者であった間であることが要件の1つとなっているが、現在提出されている書類では、当該請求にかかる傷病(慢性疲労症候群)の初診日を平成〇年〇月〇日(厚生年金保険の被保険者であった間)とすることができないためという理由により本件裁定請求を却下する旨の処分(以下「原処分」という。)をした。
- 3 請求人は、原処分を不服として、標記の社会保険審査官(以下「審査官」という。)に対する審査請求を経て、当審査会に対して再審査請求をした。

### 第3 問題点

- 1 疾病にかかり、又は負傷し、その疾病又は負傷及びこれらに起因する疾病(以下「傷病」という。)について初めて医

師又は歯科医師の診療を受けた日を「初診日」というとされているところ、いわゆる事後重症による請求に基づき障害厚生年金を受給するためには、初診日において厚生年金保険の被保険者であった者であって、当該初診日から起算して1年6月を経過した日(その期間内にその傷病が治った日(その症状が固定し治療の効果が期待できない状態に至った日を含む。))があるときはその日とし、以下「障害認定日」という。)において、その傷病により障害等級に該当する程度の障害の状態になかったものが、同日後65歳に達する日の前日までの間において、その傷病により障害等級に該当する程度の障害の状態に該当するに至った場合であることを要する。ただし、初診日の前日において、当該初診日の属する月の前々月までに国民年金の被保険者期間(厚生年金保険の被保険者期間(以下「厚年期間」という。))を含む。)があり、かつ、① 当該被保険者期間に係る保険料納付済期間と保険料免除期間とを合算した期間が当該被保険者期間の3分の2以上であるか、又は、② 当該初診日の属する月の前々月までの1年間が保険料納付済期間と保険料免除期間で満たされていること(以下、この①及び②の要件を「保険料納付要件」という。)が必要とされている(厚年法第47条第1項、第47条の2第2項及び国民年金法等の一部を改正する法律(昭和60年法律第34号)附則第64条第1項)。なお、2級以上の障害厚生年金が支給される者には、併せて障害基礎年金も支給される。

- 2 本件の場合、前記第2の2記載の理由によりなされた原処分に対し、請求人は、当該傷病の初診日(以下「本件初診日」という。)が平成〇年〇月〇日であることを前提として障害等級2級以上の障害給付の裁定を求めているのであるから、本件の問題点の第1は、本件初診日がいつと認められるかであり、当該初診日において、請求人は厚生年金保険の被保険者であった間に該当し、かつ、所定

の保険料納付要件を満たしていると認められるかどうかである。さらに、第1の問題点が肯定的に認められる場合は、第2の問題点として、裁定請求日における請求人の当該傷病による障害の状態（以下、これを「本件障害の状態」という。）が国年法施行令（以下「国年令」という。）別表ないし厚年法施行令（以下「厚年令」という。）別表第1に定める程度に該当していると認められるかどうかということになる。

#### 第4 当審査会の判断

##### 1 本件初診日について判断する。

初診日に関する証明資料は、国年法及び厚年法が、発病又は受傷の日ではなく、初診日を障害給付の受給権発生の基準となる日と定めている趣旨からいって、直接その診療に関与した医師等又は医療機関が作成したもの、又はこれらに準ずるような証明力の高い資料（以下、このような要件を満たしている資料を、便宜上、「初診日認定適格資料」という。）でなければならないと解するのが相当である。

また、国年法及び厚年法上の障害の程度を認定するためのより具体的な基準として、社会保険庁により発出され、同庁の廃止後は厚生労働省の発出したものとみなされて、引き続き効力を有するものとされ、障害の認定及び給付の公平を期すための尺度として、当審査会もこれに依拠するのが相当であると思料する「国民年金・厚生年金保険障害認定基準」（以下「認定基準」という。）が定められているが、その「第1一般的事項」の「3初診日」によれば、「初診日」とは、「障害の原因となった傷病につき、初めて医師又は歯科医師の診療を受けた日をいう」とされているところ、障害の原因となった傷病の前に、相当因果関係があると認められる傷病があるときは、最初の傷病の初診日が障害の原因となった傷病の初診日となると解するのが相当である。

そうして、本件で提出されている全ての資料の中から、その作成者及び記載内

容からみて初診日認定適格資料と認め得るものをすべて挙げてみると、① a病院（以下「本件医療機関」という。）・A医師（以下「A医師」という。）作成の平成〇年〇月〇日現症に係る同日付診断書（以下「本件診断書」という。）、② b病院 c科（以下「本件 c 外科」という。）c 外科・B医師（以下「B医師」という。）作成の平成〇年〇月〇日付受診状況等証明書、③ 審査官の照会に対するB医師作成の平成〇年〇月〇日付回答書、及び、④ 請求人の照会に対するA医師作成の平成〇年〇月〇日付回答書があり、それらの他には存しないところ、これらの各資料（以下それぞれ、「資料①」などという。）をみると、次のとおりである。

資料①によれば、障害の原因となった傷病名には当該傷病が掲げられ、傷病の発生年月日、そのため初めて医師の診療を受けた日は、いずれも「本人の申立て」として、それぞれ、平成〇年〇月〇日、同年〇月〇日とされ、既存障害、既往症はなく、診断書作成医療機関における初診時（平成〇年〇月〇日）所見は、「手のひら、足のひらの痛み、全身倦怠感、身体の表面のヒリヒリする痛み、ささいな事でイライラするが主訴。身体所見としては、159cm、43kg、血圧108/67、脈拍88/分。腹診にて、胸脇苦満が強い、圧痛点は0/18、慢性疲労症候群と診断。」、現在までの治療の内容等は、「当初より、漢方、VitC、身体を温める（自宅に低温サウナを購入）ことが主体の治療を続け、H<sub>2</sub>O。〇より、急速に体調の改善をみていたが、H<sub>2</sub>O。〇に入り、悪化。段々外来受診がきつくなり、父母がご本人の手紙をもつての受診となるが多くなった。一番の問題点は食思不振と下痢。」、現在の症状、その他参考となる事項は、「現在、食生活の改善を心掛け、蛋白質の摂取も可能となったが、PS値は8、外出はほぼ不可、日中の50%以上は就床している。」とされ、一般状態区分表は、「エ身のままわりのある程度のことはできるが、しば

しは介助が必要で、日中の50%以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの」と判断されている。その他の障害(平成○年○月○日現症)をみると、自覚症状として、全身倦怠感、全身の痛み、音・光などに対する過敏症、注意力の欠如、記憶力の低下、筋力の低下、かゆみ、ろれつが回らない、冷え、不整脈、食材によるアレルギー反応、腹痛・下痢、しびれがあり、他覚所見は、本日の身長159cm、体重40.8kg、心拍数67/分、NSR、顔色は良好、穏やかな表情であるが、歩行が不安定のため杖歩行、胸部打聴診で異常なく、腹部肝・脾触れず、初診時に診られた強い胸脇苦満はなく、下肢のむくみなく、神経系異常なく、圧痛点(線維筋痛症に対する)は0/18とされ、血液・生化学検査は記載がなく、胸部X線は正常とされ、現症時の日常生活活動能力及び労働能力は、現在一番の問題点は、食材に対するアレルギー反応と思われる、下痢、腹痛、しびれ、かゆみのため、まともに食事がとれない状況にあり、請求人はいろいろ工夫しているが、特に蛋白質の摂取で体調が崩れ、治療の中心は和温療法、漢方薬は通常の3分の1量で服用し、全身痛、全身倦怠感、音・光への過敏の為、一日中遮光カーテンを閉め、起床時間の3分の2は横になっており、日常生活に介助が必要で、労務は不能であるとされ、予後は、慢性疲労症候群で治療として有効と考えられている方法は和温療法のみであり、請求人は自宅に和温療法の為の機器を購入し、ほんの僅かずつではあるが、その効果は出ているが、全快の見通しは立っていないと記載されている。

資料②は、当時の診療録より記載したものとされた上で、傷病名は、頸椎椎間板症、その後頸椎椎間板ヘルニア、d大で平成○年○月○日前方固定術後とされ、発病から初診までの経過は、寝ちがえ様の頸部痛で発症し、無理に首を動かして痛みが悪化したとして初診したとさ

れ、初診年月日は平成○年○月○日とされ、初診から終診までの治療内容及び経過の概要は、消炎鎮痛外用/内服、物理理学療法で一旦軽快し、同年○月○日以降通院なかったが、同年○月○日右頸肩部こり痛み、右手部痛にて再診、消炎外用、物療施行し、以後通院なく、同年○月○日再診、頸椎ヘルニアを疑い、同年○月○日MRI検査で第5/第6頸椎間の椎間板ヘルニアを認め、d大で手術を受け、同年○月○日再診し、平成○年○月○日まで消炎鎮痛外用・適宜内服・物療施行、平成○年○月○日再診し、頸部の張り感と右手のしびれ残存の訴えあり、筋弛緩薬、漢方薬、シップを適宜処方してしたが、平成○年○月○日を最後に通院なしとされている。

資料③によれば、平成○年○月○日初診から平成○年○月○日終診(中止)までの期間における請求人の自覚症状は、平成○年○月○日には右頸肩部痛・こり感と右手部痛、その後右肩部～手部痛へも疼痛域拡大、腰部痛(同年○月○日腰痛症、平成○年○月○日筋々膜性腰痛症)、両手・足部末梢の痛み(平成○年○月○日)、右手のシビレ・こわばり、プレーキをかける際の関節痛(同年○月○日)、両手・両足部の痛み、シビレ(同年○月○日)～平成○年○月○日再診時も同様)があり、他覚所見として、頸椎レントゲン上第5第6頸椎間腔の狭小化あり(平成○年○月○日、同年○月○日)、頸椎MRI上、第5第6頸椎間の椎間板ヘルニアあり(平成○年○月○日)、右頸肩部のこり、両肩部拘縮感、右上肢挙上時痛、深部腱反射(両上腕二頭筋腱、両上腕三頭筋腱、両膝蓋腱、両アキレス腱反射)いずれも亢進(平成○年○月○日)があり、請求人にかかる頸椎椎間板症(その後頸椎椎間板ヘルニア)は、他院にて診療を受けている慢性疲労症候群との相当因果関係の有無についての照会に対し、B医師は「不明」とし、その理由は、頸部～右上肢、両手両足のシビレや痛みは頸椎椎間板ヘルニア由来の症状

として説明可能で、腰部痛に関しては、レントゲン検査未施行ながら、筋々膜性疼痛と考えて可であり、その他両肩（関節部）の拘縮感も、特に積極的にCFSと絡めて考慮すべき症状だとも考えられないとしながらも、請求人をトータルに診て100% CFSを否定することも不可能と考え、不明としたとしている。

資料④によれば、A医師は、請求人の「平成〇年初旬から続く症状は慢性疲労症候群の病状の一部と考える」と記載しており、その理由・根拠は、c外科の診療録にはc外科的症状（痛み、しびれ）、MRI所見の記載のみであるが、詳細に問診すると、慢性疲労症候群の発症は平成〇年〇月で急激な発症と悪化を伴う全身痛と労作後の疲労であり、同年〇月にはc外科にて頭を上げているのも困難、倒れ込むような疲労感を訴えていたようだが、その頃は慢性疲労症候群の認知度が低く、無視されたようであり、その後の経過を考えれば、慢性疲労症候群の発症を平成〇年〇月と考えることが妥当であるとしている。

以上の各資料によれば、請求人は、平成〇年〇月〇日の初診時から右頸肩部痛・こり感、右手部痛があり、その後右肩部～手部へと疼痛域が拡大し、腰部痛に加えて、両手・足部末梢の痛み、右手のシビレ・こわばり、プレーキをかける際の関節痛など全身に多彩な愁訴があり、頸椎レントゲンで第5・第6頸椎間腔狭小化、頸椎MRIで第5・第6頸椎間椎間板ヘルニアが認められ、同年〇月〇日に前方固定術を受けたが、その後も多彩な症状は遷延し、手・足のひらの痛み、全身倦怠感、身体の表面のヒリヒリする痛み、ささいな事でイライラするなどを主訴にして、平成〇年〇月〇日に受診した本件医療機関で当該傷病と診断されている。A医師は、B医師作成の受診状況等証明書、その後の経過、問診から、請求人は、平成〇年〇月〇日当時において、当該傷病と診断されていなかったが、既に当時から当該傷病を発病していたと

推定している。医学的観点から当該傷病の経過をみると、後方固定術後にも第5・第6頸椎椎間板ヘルニアによって生じ得る脊髄神経に起因する症状の範囲を超えたより広い領域の疼痛・しびれが遷延し、疲労感も増悪していたことを考えると、本件c外科を受診した当時において請求人は、既に当該傷病を併発しており、第5・第6頸椎椎間板ヘルニアに対する前方固定術後も、手・足のひらの痛み、全身倦怠感、身体の表面のヒリヒリする痛み、ささいな事でイライラするなどの症状が持続していたものと認められ、このような判断は、平成〇年〇月〇日から平成〇年〇月〇日までの期間について、請求人を実際に診療していたB医師の慢性疲労症候群を100%否定することは不可能であり、当該傷病と頸椎椎間板症（ないしは椎間板ヘルニア）との相当因果関係を不明とする意見とも矛盾するものではない。そうして、このような臨床経過からすると、本件初診日は、請求人が最初に本件c外科を受診した平成〇年〇月〇日と認めるのが相当である。

なお、本件診断書をみると、当該傷病の病態の重要な特徴である発症が突発性で、発熱、上気道感染、ウイルス感染の初期病状がみられ、リンパ節腫脹など炎症・免疫学的病態を基盤とした極度の疲労が継続するという記載は明白ではなく、むしろ、疼痛やしびれなど多彩な自覚症状が主症状とされ、当該傷病の診断基準を満たしているかどうかについては多少疑問が残る。しかしながら、最近の難治性疾患研究事業、障害者対策総合研究事業（神経・筋疾患分野）の研究報告によると、慢性疲労症候群と線維筋痛症は類似疾患であり、20～50%の高い頻度で相互に併発することが知られており、両者の臨床像、病態、治療の類似性から共通の病因の存在も推察されている。線維筋痛症の米国リウマチ学会予備診断基準によると、従来、線維筋痛症の理学所見上、唯一の客観的指標とされていた圧痛点による評価が除外され、慢性

疼痛の身体症状・精神症状の組み合わせからなる基準が新たに提唱されている。本件の場合も、平成〇年〇月頃から継続する頸部痛・頸部運動痛、両肩、両手足の感覚障害は、第5・第6頸椎椎間板障害に生じ得る限られた髄節での疼痛など知覚症状とみることはできず、それらを全て頸椎椎間板症ないし椎間板ヘルニアに起因する所見と断定することはできない。さらに、術後においても、知覚障害は両肩、手首、両側手足と第5・第6頸髄節を超えて広範に拡大していった経過からすると、これらの諸症状は、慢性疲労症候群に伴う線維筋痛症による症状によるものと解釈するのが自然である。

- 2 そうして、本件初診日を平成〇年〇月〇日とした上で、請求人の被保険者記録照会回答票（資格画面）に照らして、厚生年金保険の被保険者要件、必要な保険料納付要件をみると、請求人は、当該初診日において厚生年金保険の被保険者であった期間に該当し、所定の保険料納付要件を満たしている。
- 3 次に、本件障害の状態について判断する。

請求人の当該傷病による障害により障害等級1級又は2級の障害給付が支給される障害の程度としては、1級については、国年令別表の9号に、「身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であつて、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの」が、2級については、国年令別表の15号に、「身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であつて、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの」が、それぞれ掲げられている。

そして、認定基準の第2「障害認定に当たっての基本的事項」の「1 障害の程度」によれば、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度とは、他人

の介助を受けなければほとんど自分の用を弁ずることができない程度のものであり、例えば、身のまわりのことはかろうじてできるが、それ以上の活動はできないもの又は行ってはいけないもの、すなわち、病院内の生活でいえば、活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるものであり、家庭内の生活でいえば、活動の範囲がおおむね就床室内に限られるものであるとされ、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度とは、必ずしも他人の助けを借りる必要はないが、日常生活は極めて困難で、労働により収入を得ることができない程度のものであり、例えば、家庭内の極めて温和な活動（軽食作り、下着程度の洗濯等）はできるが、それ以上の活動はできないもの又は行ってはいけないもの、すなわち、病院内の生活でいえば、活動の範囲がおおむね病棟内に限られるものであり、家庭内の生活でいえば、活動の範囲がおおむね家屋内に限られるものであるとされている。

また、当該傷病による障害の程度は、認定基準の第3第1章（以下「本章」という。）「第18節 その他の疾患による障害」の節に依拠して判断するべきであるところ、その他の疾患による障害は、本章「第1節 眼の障害」から「第17節 高血圧症による障害」において取り扱われていない疾患による障害とされており、その他の疾患による障害の程度は、全身状態、栄養状態、年齢、術後の経過、予後、原疾患の性質、進行状況等、具体的な日常生活状況等を考慮し、総合的に認定するものとされ、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状があり、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のものを1級に、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものを2級に、それぞれ該当するものと認定し、障害の程度は、一般状態が次表の一般状態区分表（これは本件

診断書の一般状態区分表の「ア」ないし「オ」と同じものである。)の「オ」に該当するものは1級に、同表の「エ」又は「ウ」に該当するものは2級におおむね相当するので、認定に当たっては参考とするとされている。

一般状態区分表

区分	一般状態
ア	無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえるもの
イ	軽度の症状があり、肉体的労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業はできるもの 例え、軽い家事、事務など
ウ	歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助が必要なこともあり、軽労働はできないが、日中の50%以上は起居しているもの
エ	身のまわりのある程度のことではできるが、しばしば介助が必要で、日中の50%以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの
オ	身のまわりのこともできず、常に介助を必要とし、終日就床を強いられ、活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるもの

なお、本件診断書に記載されているPS-8は、Performance statusによる疲労/倦怠の程度(厚生省特別研究事業、本邦によるChronic Fatigue Syndrome＝慢性疲労症候群の実態調査ならびに病因、病態に関する研究、平成3年度研究実績報告書)を評価したものであり、下表のPS-0からPS-9までの各段階で評価されている。

PS0	倦怠感がなく平常の社会(学校)生活ができ、制限を受けることなく行動できる。
PS1	通常社会(学校)生活ができ、労働(勉強)も可能であるが、症状を感じるときがしばしばある。

PS2	通常社会(学校)生活ができ、労働(勉強)も可能であるが、全身倦怠感のため、しばしば休息が必要である。
PS3	全身倦怠感のため、月に数日は社会(学校)生活や労働(勉強)ができず、自宅にて休養が必要である。
PS4	全身倦怠感のため、週に数日は社会(学校)生活や労働(勉強)ができず、自宅にて休養が必要である。
PS5	通常社会(学校)生活や労働(勉強)は困難である。軽作業は可能であるが、週のうち数日は自宅にて休息が必要である。
PS6	調子の良い日には軽作業は可能であるが週のうち50%以上は自宅にて休息が必要である。
PS7	身の回りのことはでき、介助も不要であるが、通常社会(学校)生活や軽労働(勉強)は不可能である。
PS8	身の回りのある程度のことではできるが、しばしば介助があり、日中の50%以上は就床している。
PS9	身の回りのこともできず、常に介助があり、終日就床を必要としている。

そうして、本件障害の状態は、本件診断書によれば、胸部レントゲンなど客観的な異常は認められないが、全身倦怠感、全身の痛み、音・光などに対する過敏症、注意力の欠如、記憶力の低下、かゆみ、ろれつが回らない、冷え、不整脈、食材によるアレルギー反応、腹痛・下痢、しびれなど多彩な症状のために外出はほぼ不可能で、日中の50%以上は就床しており、一般状態区分表は「エ」とされ、Performance statusによる疲労/倦怠の程度はPS8であることから、このような状態を総合的にみると、それは認定基準に定める1級の例示には至らないものの、2級の程度に該当し、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のものには相当しないが、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする国年令別表に定める2級の程度に該当すると認め

るのが相当である。

なお、慢性疲労症候群は、明白な筋肉の衰弱を伴わない、長期にわたる重度で、活動が困難となる疲労と定義され、疲労を説明し得る基礎疾患はなく、抑うつ、不安、およびその他の心理学的診断は一般的に見られないとされ、治療は安静、および心理的援助であり、しばしば抗うつ薬の使用も含まれるとされている。そして、病因については議論の余地があり、現在のところ明白な原因は不明であり、心理的因子が原因となっている割合も不明であるが、基本的には、慢性疲労症候群は、典型的な抑うつ、不安またはその他の心理的・精神的な障害とは異なっていると思われるが、日常・社会生活上の環境、それに対するストレスが大きくかかわっていることも否定はできない。一方では、慢性ウイルス感染が原因として挙げられているが、これは多くの患者が慢性疲労症候群の発症を、インフルエンザ、単核細胞症などの感染症と類似の事象と関連づけて考えられているからである。また、エプスタイン・バーウイルス、エンテロウイルス、ヒトヘルペスウイルス、ヒトT細胞リンパ球ウイルスなどの感染の関与も否定されていない。アレルギー反応も同様に挙げられているが、患者の65%はアレルギー疾患を報告しており、吸入因子または食べ物に対する皮膚反応の割合は、一般の人よりも25～50%も高いことが報告されている。免疫学的異常については、免疫グロブリンG値の低下、リンパ球増殖減少、インターフェロン $\gamma$ 値の低下、ナチュラルキラー細胞の細胞毒性欠乏が認められ、一部の症例では、循環自己抗体や免疫複合体を伴う異常免疫グロブリンGを持っているとされている。治療としては、非鎮痛型抗うつ薬が処方されるが、その効果は確立されていない。また、免疫グロブリンの大量療法、抗ウイルス薬、透析可能な白血球抽出物、インターフェロン、ステロイドなどの免疫学的療法も期待に沿うものではなく、栄養補助食品、ビタミン

の大量療法も行われているが、有効性は確立できておらず、心理的介入は、患者によって有効とされ、体系的な社会復帰リハビリテーションプログラムが推奨されており、継続的な長期的な休息は、体力減退やさらなる気力衰弱を促進することになるため注意を要するとされている。

- 4 そうすると、本件裁定請求を却下するとして原処分は相当ではなく、これを取り消すこととし、主文のとおり裁決する。